UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936-1937 — N° 88

LES ACCIDENTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU POST-PARTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Janvier 1937

PAR

Yves-Pascal-Marie DOMECQ

Né à Bordeaux (Gironde), le 15 Décembre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. ANDÉRODIAS, professeur, *Président*
PÉRY, professeur,
RIVIÈRE, agrégé,
BROUSTET, agrégé,
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, Rue Margaux, 20

1937

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536509_0041

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1936-1937 — N° 88

LES ACCIDENTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU POST-PARTUM

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Lundi 25 Janvier 1937

PAR

Yves-Pascal-Marie DOMECQ

Né à Bordeaux (Gironde), le 15 Décembre 1909

Examinateurs de la Thèse

MM. ANDÉRODIAS, professeur, *Président*
PÉRY, professeur,
RIVIÈRE, agrégé,
BROUSTET, agrégé,
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. PECHADE
20, Rue Margaux. 20

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC

ASSESSEUR : M. LABAT

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopedie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'Accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	C. SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité medicale	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale) R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	N.	Chirurgie générale	MASSÉ.
id.	DUFOUR.	id.	DARGET.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	DELMAS-MARSALET.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	DE GRAILLY.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	FONTAN.	Physique médicale	WANGERMEZ.
id.	BROUSTET.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.
id.	DERVILLÉE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Physiologie	FABRE.	Physique medicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médecine operatoire	PAPIN.	Medecine legale	DERVILLÉE.
Accouchements	RIVIÈRE.	Urologie	DARGET.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Bactériologie	MOUREAU.
Pharmacie chimique	VITTE.	Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.		

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orhopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.... N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA GRAND'MERE

Sa vie est un exemple qui restera le guide de la mienne.

A MA MERE

Que ce modeste travail soit un témoignage de ma reconnaissance et de ma très grande affection.

A MONSIEUR ET MADAME DAVID DE LAVERGNE

Mes Oncle et Tante

A TOUS MES PARENTS

AU DOCTEUR MIGNOT

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MES CAMARADES
DU BORDEAUX-ETUDIANTS-CLUB

En aimant le sport pour lui-même, j'ai vécu au milieu d'eux les plus belles joies sportives.

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAHON

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BROUSTET

Qui nous ont inspiré le sujet de cette thèse et dont l'accueil amical nous fut un précieux encouragement.

A MES JUGES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDERODIAS

Professeur de Clinique d'accouchements
Accoucheur des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Mon cher Maître, vous m'avez fait le grand honneur d'accepter de présider cette thèse.

Qu'il me soit permis de vous en remercier et de vous témoigner aussi toute ma reconnaissance pour l'enseignement si utile que j'ai pu trouver dans votre service clinique.

LES ACCIDENTS D'INSUFFISANCE CARDIAQUE DU POST-PARTUM

HISTORIQUE

Depuis Costa qui, en 1826, présenta sa première observation à l'Académie de Médecine, bon nombre d'auteurs ont envisagé les cardiopathies dans leurs relations avec l'état gravidique. Peter, en 1880, émettant son célèbre aphorisme, considéra que l'apparition d'une gestation chez une cardiaque était une éventualité redoutable. Sa formule bien connue, tout d'abord appuyée par les statistiques de Guérard et Grazi, parut bien vite par trop absolue et suscita de nombreux travaux.

On sait la thèse d'agrégation de Porak qui essaya de faire une classification des divers accidents gravido-cardiaques. Jaccoud démontra alors que la présence d'une lésion orificielle reste compatible avec la marche normale de la grossesse. Werner rapporte ensuite 93 accouchements survenus chez 25 femmes atteintes de cardiopathies, et il insiste sur la fréquence relative des grossesses nor-

males chez ces malades et sur l'influence à peu près nulle de l'accouchement. Vinay ne considère pas seulement, comme l'a fait Peter, les cas sérieux, mais tend plutôt à faire une étude globale et il arrive à émettre de sérieuses réserves sur l'exactitude du fameux aphorisme. Il ausculte systématiquement 500 parturientes : 80 d'entr'elles étaient atteintes de cardiopathies, 8 seulement présentèrent des accidents dont 3 moururent.

Les travaux qui suivirent dès ce moment tendent tous à des conclusions moins pessimistes, et après les thèses de Béranger (1895) et de Pouliot (1905), il parut nettement démontré que l'éventualité de la gestation chez une cardiaque n'était pas si redoutable. On conclut à une moyenne d'accidents sérieux ne dépassant pas 7 à 5 %. Une statistique de Champetier de Ribes, portant sur 6.000 femmes, et qui relève 70 cardiaques avec 5 accidents dont 3 mortels, ajoute encore dans ce sens.

On se préoccupa alors d'individualiser ces accidents gravido-cardiaques au point de vue clinique, et c'est aux travaux de Vaquez, de Couvelaire et d'Aubertin qu'en revient tout le mérite.

Il était naturel qu'après avoir classé ces accidents, on cherchât à en déchiffrer la pathogénie.

Trois interprétations furent retenues :

Peter avait déjà vu dans ces phénomènes une manifestation purement mécanique correspondant à l'excès de travail du cœur.

Bar et Renon mirent en évidence le rôle indiscutable de « l'auto-intoxication » gravidique comme génératrice de ces complications.

Corpechot, en 1911, et Gauthier, en 1925, par leur remarquable thèse très documentée, firent la lumière sur le rôle de cette intoxication qui était resté un peu flou.

Récemment, on retint la fréquence des poussées nouvelles d'endocardite rhumatismale au cours de la gros-

sesse, et Bezançon, Ribierre, Laubry confirmèrent la notion de « lésion fréquemment évolutive » favorisant la décompensation cardiaque.

Couvelaire, en 1925, et Séjourné montrèrent dans leurs travaux, par la divergence de leurs conclusions, combien, sur la question du pronostic et des indications thérapeutiques, l'opinion des auteurs peut être variée.

Après cette courte révision très incomplète parce qu'elle dépasse le cadre de cet ouvrage, nous avons remarqué le peu d'attention que les auteurs anciens portent généralement à la période de suites de couches.

Commandeur et Puig, en 1925, rapportent 62 observations « de rupture de l'équilibre circulatoire » au cours du post-partum, tantôt sous la forme d'aggravation, tantôt sous la forme de première manifestation d'insuffisance cardiaque.

Harteman écrit que, sur 62 malades, il y eut 32 accidents ayant continué ou éclaté dans les suites de couches. Ce sont les seuls auteurs qui, à notre connaissance, se soient particulièrement préoccupés de cette période des suites de couches, et les ouvrages classiques anciens et modernes ne semblent pas lui accorder toute son importance. Aussi avons-nous voulu présenter ici une étude la plus complète possible de cette question : Les accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum.

Avant d'aborder ce sujet qui nous a été inspiré par M. le Docteur Mahon et M. le Professeur Broustet, qu'il nous soit permis de remercier M. le Professeur Andérodias qui nous a fait le très grand honneur de bien vouloir présider cette thèse, et qui nous a permis de puiser à l'Hôpital Boursier les éléments qui la composent. Nos remerciements vont aussi à M. le Professeur Péry qui a mis très aimablement à notre disposition les recueils d'observations de la maternité, qui nous furent précieux.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

« L'apparition des troubles gravido-cardiaques n'est pas l'apanage exclusif de la femme enceinte, mais peut survenir avec une fréquence et une gravité qui est loin d'être négligeable dans les jours qui suivent l'accouchement. » Balard, Broustet et Mahon ont écrit dans l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale,* tome I, n° 50.44 (pages 1-9) : « Il est rare peut-être qu'une cardiopathie attende la période des suites de couches pour se manifester, mais il arrive cependant que des lésions cardiaques, passées inaperçues pendant toute la grossesse, se signalent dans les jours qui suivent l'accouchement par de petits signes tels qu'une dyspnée appréciable ou une tachycardie régulière.

» Mais il est un fait bien souvent observé, à savoir que l'accouchement ne met pas toujours un terme aux accidents d'insuffisance cardiaque qui ont éclaté pendant la gestation ». Selon la formule devenue classique, « la délivrance utérine n'est pas forcément une délivrance cardiaque ». Ces accidents des suites de couches se manifestent sous de nombreux aspects cliniques, au premier plan desquels on doit placer l'œdème aigu du poumon, qui semble susceptible de survenir après comme avant l'accouchement.

D'autre part, Aubertin (de Paris) a pu écrire que la forme d'insuffisance cardiaque progressive peut continuer son évolution malgré la terminaison de la grossesse et

aboutir à la cachexie cardiaque des classiques. Enfin, les endocardites rhumatismales qu'on pouvait croire éteintes, cicatricielles, prennent parfois dans les suites de couches une allure nettement évolutive. Ces accidents d'insuffisance cardiaque, si variés par leur intensité et leur type clinique, n'ont été étudiés jusqu'à présent que comme une partie du chapitre « cardiopathies et grossesse ». De ce fait, ils ont été subordonnés à ceux qui se manifestent pendant la période de gravidité; ces derniers sont en effet plus fréquents, mais ceux qui nous occupent ne sont pas moins fâcheux et intéressants à souligner.

Murat, dans sa thèse de Lyon, 1924, cite 20 cas d'accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum. Laennec, ensuite, dans sa thèse de Paris, 1930, cite dans ses statistiques sur les cardiopathies mitrales et la gestation, un cas mortel d'insuffisance cardiaque dans les suites de couches.

Aussi avons-nous estimé que ces accidents d'insuffisance cardiaque se reproduisent assez souvent pour qu'on puisse dès à présent les étudier dans le seul cadre des suites de couches et rendre ainsi à cette période une part de pronostic plus sombre qu'elle ne semble avoir inspiré jusqu'ici.

M. le Docteur Mahon nous a chargé de rechercher, tant à l'Hôpital Boursier qu'à la Maternité et dans la littérature, les observations susceptibles de justifier ce travail.

Nous avons trouvé que, depuis 1926, sur 52 femmes cardiaques venues accoucher à la Clinique d'accouchements de l'Hôpital Boursier, 9 d'entr'elles ont présenté des accidents d'insuffisance cardiaque plus ou moins sérieux dans la période des suites de couches.

A la Maternité, depuis 1927, sur 28 femmes cardiaques qui ont accouché, 4 ont présenté des accidents semblables après la délivrance.

Nous y avons ajouté des observations identiques empruntées pour la plupart aux thèses de Murat (Lyon), de Laennec (Paris) et Nachtigal (Bordeaux).

Toutes ces observations, nous les commenterons au fur et à mesure, les plaçant dans l'ordre suivi par Murat, qui distingue des accidents légers, des accidents sévères et enfin des accidents graves, qui se sont terminés généralement par la mort. Nous aurons soin de mentionner toutefois l'époque à laquelle se manifeste la déficience cardiaque : immédiatement, précocement ou tardivement. Après avoir démontré en général la fréquence relative des accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum, nous nous efforcerons d'en rechercher la pathogénie, en nous attachant à mettre surtout en lumière les cas de lésions d'endocardite d'apparence éteinte, ayant occasionné des accidents par le coup de fouet évolutif amorcé pendant la grossesse (comme l'ont justement remarqué MM. Mahon et Broustet). Ces malades, en effet, sont très intéressants à connaître, en ce qui concerne la conduite thérapeutique dont ils sont justiciables.

CHAPITRE II

LES ACCIDENTS LÉGERS

Ils se résument par des phénomènes de dyspnée de décubitus, par des palpitations, « ces battements du cœur, sensibles et incommodes pour le malade », de l'angoisse précordiale, des sensations lypothymiques avec phénomène de choc. On note aussi souvent un état d'instabilité cardiaque avec tachycardie au moindre effort et arythmie extrasystolique.

Tous ces troubles disparaissent habituellement au bout de quelques jours et cèdent à la thérapeutique toni-cardiaque ordinaire.

OBSERVATION I (Inédite)

1927, n° 435, Maternité

Mme X., 35 ans, modiste, (II-pare).

Père décédé de la grippe; 2 frères bien portants.

Antécédents personnels : Rougeole et scarlatine dans l'enfance, grippe en 1918.

Première grossesse et suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Examen du cœur : Tachycardie sans lésions orificielles.

Cette malade accouche normalement après une gestation sans histoire.

Suites de couches : Au deuxième jour, palpitations allant jusqu'à la syncope. On fait un traitement digitalique et des piqûres d'huile camphrée. Ces manifestations cardiaques persistent jusqu'au départ de la malade, mais à un degré beaucoup moindre.

OBSERVATION II (Inédite)

1930, n° 32, Maternité

Mme X., 35 ans, modiste (II-pare).

Antécédents personnels : Rougeole, angine dans l'enfance. Rétrécissement mitral avec tachy-arythmie.

Accouchement normal ayant duré 10 heures. Au cours du travail, le cœur n'a manifesté aucune fatigue.

Suites de couches : Dans les jours qui suivent, grosse crise de dyspnée, tachycardie et légère congestion des bases.

Amélioration rapide et guérison par position assise, ventouses et potion à la digitale.

OBSERVATION III (Thèse Murat)

Stéphanie R., 31 ans (IV-pare).

Malade ayant eu des convulsions dans l'enfance, la fièvre typhoïde à 17 ans, une pleurésie à 20 ans. On relève enfin l'existence d'une cardiopathie (rétrécissement mitral).

Les grossesses et les accouchements antérieurs se sont passés sans incident.

Un peu de tachycardie d'effort, passagère, au 2e mois de la grossesse actuelle.

Le 20 mai 1917, la malade accouche sans incident. Une hémorragie secondaire de la délivrance, d'environ 600 grammes, se produit, amenant une accélération passagère du pouls qui bat à 88.

Suites de couches : Au 7e jour, la malade est prise brusquement d'un accès de dyspnée intense avec cyanose, sans toux ni expectoration.

On administre des toniccardiaques; on donne de l'oxygène et on fait une application de ventouses. La malade sort le 14e jour, bien rétablie.

OBSERVATION IV (Thèse Murat)

Mme J. S., 33 ans (VII-pare).

Malade ayant eu la rougeole et la diphtérie. Cœur gros. Maladie mitrale.

Accouchements antérieurs normaux. A noter un prématuré de 8 mois et une fausse-couche au 4e mois.

Grossesse actuelle bien supportée. Aux jambes, il y a des varices et de l'œdème. La malade accouche sans incident, le 13 juillet 1918. Enfant de 2,770 grammes; il est laissé au sein maternel.

Suites de couches : Au 5e jour, la malade présente un accès de dyspnée et cyanose légère qui s'atténue spontanément.

Sortie le 7 Août, en bonne santé.

OBSERVATION V (Docteur Voron)

Antoinette S., 34 ans (II-pare).

Malade ayant eu dans l'enfance la rougeole et la coqueluche. On note l'existence d'une cardiopathie.

La grossesse antérieure fut bien supportée, l'accouchement suivi d'œdème aigu du poumon et de pleurésie bilatérale.

Grossesse actuelle bien supportée : accouchement sans incident, le 4 octobre 1921. L'enfant pèse 2,070 grammes.

Suites de couches : Au 6e jour, la malade présente de la dyspnée et de la congestion des bases, que l'on traite par des ventouses, de la digitale et de l'oxygène.

La malade sort rétablie, le 20 Octobre 1921.

Murat cite ensuite cinq autres observations semblables de malades ayant présenté des accidents légers d'insuffisance cardiaque après l'accouchement.

OBSERVATION VI (Inédite)
1928, n° 1, Clinique Boursier (I-pare)

M^me^ X. — La malade a présenté deux crises légères de rhumatisme articulaire au cours de sa vie.

Sa grossesse a été conduite sans incident, si ce n'est une légère dyspnée d'effort. Sa cardiopathie se traduit par un souffle systolique et une ébauche de dédoublement du second bruit.

Accouchement normal.

Suites de couches : Dyspnée accentuée et angoisse précordiale dans les jours qui suivent. On donne de la digitale, puis la malade quitte le service très dyspnéique et en mauvais état. La malade est avertie du danger encouru.

COMMENTAIRES

Voici donc six observations dont le type clinique à peu près identique n'a pas besoin d'être commenté en soi. Tout au plus, peut-on remarquer que ces accidents, dont la gravité ne dépasse pas l'état syncopal passager, surviennent généralement dans la première semaine qui suit l'accouchement. Aussi, n'alarment-ils pas les malades, et on voit souvent ces dernières quitter la maternité avant les délais prévus et malgré l'avertissement qui leur est donné.

Ces accidents d'insuffisance cardiaque du type léger, que nous venons d'énumérer avec chaque observation, constituent le chapitre le moins important de notre travail, non seulement par le fait de leur bénignité, mais encore par la difficulté d'affirmer que la lésion cardiaque en est la seule cause.

Nous avons tenu cependant à rapporter ces observations, afin de rendre notre travail plus complet et pour y faire figurer un chapitre qui, s'il a moins d'importance par les conclusions pratiques qu'on peut en tirer, ne fait pas moins justement partie de notre sujet.

CHAPITRE III

LES ACCIDENTS SÉVÈRES

Nous avons fait dans ce chapitre le relevé d'un groupe d'observations d'accidents d'insuffisance cardiaque, plus nettement caractérisés que ceux que nous avons vus jusqu'ici. Ce sont, en majorité, des accidents cardio-pulmonaires. En premier lieu, des crises d'œdème aigu du poumon, les plus fréquentes. Viennent ensuite divers états congestifs avec ou sans température, mais dont le cœur est encore responsable. Enfin, nous trouvons un cas d'insuffisance cardiaque pure qui a longtemps justifié un pronostic alarmant.

Chacun de ces cas a nécessité une thérapeutique plus active et répétée, à laquelle ils ont parfois cédé avec peine.

L'ouabaïne en injection intra-veineuse de 1/4 de milligramme, le solucamphre, la digitale et enfin la morphine et la spasmalgine sont les médications type qui ont été employées.

OBSERVATION VII

(Docteur Voron), rapportée par Murat

Thérèse M., 23 ans, (Primipare).

Malade ayant eu une rougeole et une jaunisse.

Au cœur : rétrécissement mitral.

Grossesse bien supportée, malgré un travail pénible. La malade accouche prématurément à 7 mois 1/2, d'un enfant de 1.020 gr.

Suites de couches : Au 3e jour, brusque accès d'œdème aigu du poumon intense qu'on traite par la saignée et les tonicardiaques. L'accès se répète, mais moins violent le surlendemain. Dans la suite, évolution normale, la malade sort en bonne santé.

OBSERVATION VIII

(Docteur Voron), rapportée par Murat

Cécile E. . . , 39 ans (Primipare).

Malade ayant eu la rougeole et une crise de rhumatisme articulaire aigu.

Au cœur : Maladie mitrale.

Aucun accident au cours de la grossesse et de l'accouchement qui survint le 7 mai 1921.

Suites de couches : La malade présente un accès de dyspnée avec légère poussée thermique. « Subasystolie inflammatoire probable » qu'on traite par de la digitale.

La malade sort rétablie le 21 mai 1921.

OBSERVATION IX (Inédite)

1931, n° 71, Clinique Boursier

Mme X., 29 ans (IV-pare).

Antécédents personnels : Maladies banales de l'enfance, puis une grippe récente, à la suite de laquelle la malade accuse une légère dyspnée d'effort, des palpitations, un peu d'œdème passager des membres inférieurs.

Les trois premières grossesses et les suites de couches se sont passées normalement.

Grossesse actuelle bien supportée : à peine quelques palpitations vers la fin.

Examen cardiaque : Souffle présystolique de la pointe.

Elle accouche normalement, le 27 janvier 1931, d'un enfant de 3.030 grammes. Expulsion naturelle ayant duré 1/4 d'heure. Durée totale du travail : 8 heures.

Suites de couches : Pouls 85, température 37,2, la température se maintient aux environs de 37 jusqu'au 9e jour ; le pouls est à 80. Le 10e jour, la malade fait brusquement une crise d'œdème aigu du poumon. Pouls 65, température 37,5.

On fait une injection de 5 cc. d'huile camphrée et une injection intraveineuse de 1/4 de milligramme d'ouabaïne. Le 10 Février, c'est-à-dire 5 jours après, nouvelle crise d'œdème aigu du poumon.

Traitement : Ouabaïne (1/4 de milligramme), morphine 1/2 centigramme, ventouses scarifiées. Le lendemain, il ne reste qu'un peu de submatité aux deux bases, avec de l'obscurité respiratoire. La malade rentre chez elle.

OBSERVATION X (Inédite)

1932, n° 754, Maternité

Mme X., 36 ans (V-pare).

Le père de cette malade est décédé des suites d'une maladie de cœur.

Elle a eu la rougeole à 4 ans, les oreillons, la scarlatine à 7 ans 1/2. Enfin, une crise de rhumatisme articulaire aigu à 12 ans et une chorée à 13 ans.

Elle sait qu'elle est cardiaque.

1re grossesse à 28 ans : Normale, suites de couches normales.

2e — 30 ans — —

3e — 32 ans — —

4e — 34 ans : fille mort-née (présentation de l'épaule).

Grossesse actuelle. La malade a éprouvé un peu de dyspnée vers le 8e mois. Elle accouche normalement, le 30 Octobre, d'une fille de 4 kg. 180. La durée totale du travail a été de 4 h. 50.

Suites de couches : Le 9 Novembre, 10 jours après l'accouchement, violente crise de dyspnée avec toux quinteuse. Expectoration de crachats mousseux rosés. La malade se sentait fatiguée déjà depuis deux jours. La température est à 37,4. On trouve au poumon gauche une zone submate et une zone mate, de la surface de la paume de la main, au poumon droit. L'auscultation révèle une zone soufflante à droite.

Cœur : Bruits sourds, dédoublement du 2e bruit.

Traitement : 1 centigramme de morphine, puis 1/4 de milligramme d'ouabaïne intraveineuse, huile camphrée.

Les bruits du cœur sont redevenus nets, son aire de matité est normale, seul le dédoublement du second bruit persiste. L'auscultation pulmonaire redevient normale. La malade sort.

OBSERVATION XI

(Docteur Voron), rapportée par Murat

Marie T., 29 ans (V-pare).

Malade ayant eu la rougeole, une pleurésie et une crise de rhumatisme articulaire aigu. Au cœur : rétrécissement mitral.

Accouchements antérieurs bien supportés. Suites normales.

La grossesse actuelle est bien supportée. Le 30 Avril 1922, la malade accouche sans incident.

Suites de couches : Au 9e jour, la malade fait brusquement une crise d'œdème aigu du poumon. On fait une saignée. Toniccardiaques. La malade sort le 20 Mai 1922.

Murat cite encore 6 observations semblables, de malades cardiaques ayant présenté dans leurs suites de couches un ou plusieurs accès d'œdème pulmonaire, guéris par les moyens classiques.

OBSERVATION XII (Nachtigal)

Secondipare : 20 ans.

Antécédents : Enfance maladive, essoufflements prononcés à l'occasion des jeux et de la course. Première grossesse normale.

Grossesse actuelle : Marquée par hémoptysies et une crise d'œdème aigu du poumon.

Cœur : frémissement cataire, souffle systolique à la base, se propageant vers la clavicule.

Tension artérielle impossible à prendre, les oscillations du Pachon étant presque inexistantes.

Poumons : congestion de la base droite.

Accouchement d'un enfant de 2 kg. 110.

Suites de couches : Le premier jour, crise d'œdème aigu du poumon, traitée par une saignée de 400 grammes et des toni-cardiaques. Guérison.

Nachtigal, dans sa thèse de Bordeaux, 1932, cite 17 cas d'accidents plus ou moins graves d'insuffisance cardiaque dans les suites de couches.

OBSERVATION XIII (Inédite)

1931, n° 872, Clinique Boursier

M^me^ X., 25 ans (III-pare).

Il n'y a rien à signaler dans les antécédents héréditaires ou collatéraux de cette malade. Elle a fait une typhoïde à l'âge de 12 ans.

1^re^ grossesse 1925 : Normale, suites de couches normales.

2^e^ grossesse 1927 : — — —

Grossesse actuelle : Pas de douleurs, pas de palpitations, pas d'essoufflement jusqu'au 8^e^ mois.

Une dizaine de jours avant l'accouchement, étant aux femmes enceintes, elle se plaint de tousser et d'avoir un point de côté à la partie moyenne du poumon droit. L'examen cardiaque ne révèle rien. Température 38° pendant deux jours. Crachats purulents non hémoptoïques. On pratique un examen de crachats qui montre une flore banale sans pneumocoques ni bacilles de Koch.

Traitement : Révulsion. Teinture d'iode gaïacolée. Au bout de deux jours tout rentre dans l'ordre.

Accouchement normal le 28 Novembre.

Suites de couches : Le 1^er^ Décembre, au 3^e^ jour, la malade est prise d'une crise d'étouffement. On lui pose des ventouses qui semblent la soulager un peu. Le lendemain, tachycardie, dédoublement du 2^e^ bruit et souffle difficile à localiser dans le temps à cause de la tachycardie.

A l'auscultation du poumon, on ne trouve que des sybillances. Température 37,9. Tension artérielle : Maxima 14, minima 8 1/2, Io. 1 1/2.

Le 8 Décembre, à l'auscultation cardiaque, on trouve un souffle présystolique de la pointe, et un roulement diastolique dans la région mésocardiaque. La température est alors à 38°.

Cette température reviendra rapidement à la normale et les signes du côté du poumon disparaîtront à leur tour. La malade sort en bonne santé.

OBSERVATION XIV (Inédite)

1930, n° 747, Maternité

Mme X., 42 ans (VIII-pare).

Dans les antécédents de cette malade, on trouve seulement un goître à l'âge de 36 ans.

Les 7 premières grossesses se sont passées normalement.

Grossesse actuelle : La malade ressent des troubles du côté du cœur. Dyspnée, tachycardie avec syncopes. En présence de ces signes, son médecin l'envoie à la maternité. Elle est à ce moment à son 8e mois de grossesse. Le travail se déclare pendant son transport. On trouve un siège décomplété. On abaisse le pied antérieur et on fait l'extraction rapide d'un enfant de 2 kg. 640, qui meurt quelques heures après sa naissance.

Suites de couches : La première nuit, la malade est particulièrement agitée, se lève, transpire abondamment, orthopnée, fixité du regard.

Ce qui domine le tableau, c'est le fléchissement du myocarde. Tachycardie extrême. Souffle anorganique dans la région mésocardiaque. Hypertrophie du cœur : la pointe bat sous la 6e côte. Tension artérielle difficile à prendre. Environ : Maxima 20, minima 11.

Traitement : Cratœgus, Belladone. Toniccardiaques. Huile camphrée. Sparteine.

La malade sort rétablie, 15 jours après.

OBSERVATION XV (Inédite)
1931, n° 153, Clinique Boursier

Mme X. . . (X-pare).

Dans la jeunesse de cette malade, après une rougeole et une coqueluche, on relève deux crises de rhumatisme articulaire aigu, survenues à l'âge de 7 et 18 ans. Elle a été hospitalisée pour cela à l'Hôpital Saint-Joseph, à Paris; de plus, la malade était soignée en même temps pour bronchite chronique. Elle est sujette aux dyspnées d'effort et aux palpitations.

Les deux premières grossesses sont bien supportées. Ensuite, deux fausses couches dont la 2e, en 1922, provoque une hémorragie abondante. Sixième grossesse bien tolérée. Durant la septième, hospitalisation à l'Hôpital Saint-André, dans le service de M. le Professeur Carles, pour broncho-pneumonie. Traitement à la digitale. Cependant, on ne relève ni hémoptysie, ni crise d'œdème pulmonaire. En 1928, grossesse toujours accompagnée de toux. Sous le conseil de son médecin elle va consulter M. le Docteur Piéchaud. L'examen bactériologique alors pratiqué est négatif, et on conseille à la malade de ne pas entrer au Sanatorium. Neuvième grossesse durant laquelle la malade éprouve de la dyspnée au moindre effort, avec palpitations intenses et sensations d'arrêt du cœur. Digitale. Ni hémoptysies, ni œdème. Cependant, la malade qui jusque-là avait nourri ses enfants, ne put le faire pour le 9e.

Grossesse actuelle : A l'examen, le cœur est dilaté, la pointe bat au 7e espace. Roulement diastolique, souffle systolique avec dédoublement du second bruit à la pointe.

La malade accouche le 23 Février. Expulsion naturelle d'un fœtus, après 14 heures de travail.

Suites de couches : Dans la nuit du 6 au 7 Mars, 11 jours après l'accouchement, la malade fait brusquement une crise d'œdème aigu du poumon (insuffisance gauche du cœur?). Durant toute la nuit, la malade fait de l'asthme cardiaque, elle est très dyspnéique, avec des sensations d'étouffement et des douleurs précordiales. Elle se tient assise dans son lit. A 5 heures, la dyspnée s'exagère, la malade étouffe. Elle tousse légèrement, avec une expectoration mousseuse et rosée. Râles à la base droite. On prend alors sa tension artérielle : Maxima 20, minima 10, à 5 heures.

A 6 heures, après une saignée de 800 cc., on trouve une maxima à 16, minima 4. A 9 heures, maxima 16, minima 4.

Traitement : Ouabaïne (1/4 de milligramme) en intraveineuse. Evatmine, huile camphrée. On constate alors une grosse amélioration.

Il faut noter que pendant tout le temps des suites de couches, la température de cette malade n'a pas dépassé 37,2.

Avant d'être transéatée dans le service de M. le Professeur Mauriac, la malade est examinée par M. le Docteur Broustet qui fait le diagnostic de rétrécissement mitral, avec insuffisance aortique caractérisée par un souffle diastolique à la base.

Cette malade s'est améliorée rapidement.

OBSERVATION XVI (Inédite)

1931, n° 872, Clinique Boursier

Mme X., 23 ans (IV-pare).

A l'âge de 14 ans, la malade, jusque-là bien portante, a eu une crise de rhumatisme polyarticulaire aigu, avec fièvre qui se serait prolongée malgré les traitements salycilés pendant deux ans, avec des alternatives de rémission et d'aggravation. A la suite de cette crise, est apparue une lésion cardiaque qui a laissé une dyspnée d'effort permanente et des palpitations qui ont toujours empêché cette femme de mener une vie active et de travailler même à son ménage.

En même temps que ce rhumatisme, la malade aurait présenté des accès fébriles étiquetés « paludisme », qui auraient toujours reparus depuis sous forme de fièvre tous les deux jours, à chaque changement de saison.

Croup en 1926.

1re grossesse en 1927. Assez bien supportée, mais la dyspnée d'effort et les palpitations, en s'accentuant, obligent la malade à garder fréquemment le lit. Accouchement au forceps.

2e grossesse en 1929. Menace d'avortement à 3 mois, à la suite d'une chute, cette grossesse évolue comme la première, mais avec une accentuation des signes précédents. Accouchement spontané.

3e grossesse en 1931. Très pénible, en raison de la dyspnée et des palpitations qui obligent la malade à rester souvent étendue. Accouchement normal. Coramine et sédation des troubles. Il s'agit donc d'une malade ayant des aggravations pendant ses grossesses et des intervalles bons.

Grossesse actuelle. Ses dernières règles sont du 6 Février 1932. Elle a dû s'aliter le 13 Mars, sur les conseils de son médecin, à cause de sa dyspnée et de ses douleurs thoraciques.

Examen fonctionnel : Malade dyspnéique, quoique assise. Crises la nuit, qui l'empêchent de dormir. Mauvais appétit.

La pointe bat dans le 6e espace, un peu en dedans du mamelon. L'aire de matité précordiale paraît augmentée à la percussion. L'auscultation permet d'entendre un souffle holosystolique en jet de vapeur, se propageant vers l'aisselle. Tension artérielle : Maxima 11 1/2, minima 5 1/2, T. M. 6.

Pas d'œdème malléolaire. Foie, ni gros, ni douloureux. Rien à l'auscultation du poumon.

Deux jours après son arrivée, la malade a une poussée thermique à 39, avec arthralgie au niveau des chevilles. Traitement par des pansements humides et chauds. Traitement salycilé intensif (intraveineuse et lavements). Hémoculture négative.

Depuis le 30 Avril, la température reste élevée, avec crochets à 39°, 39,2 et peu de rémissions. Le pouls ne baisse pas au-dessous de 100.

Donc malade enceinte de 3 mois environ, atteinte d'une insuffisance mitrale d'origine rhumatismale, faisant encore des poussées aigües.

Au toucher, on trouve un col ouvert. La viabilité du fœtus étant problématique, on donne 1 gr. 50 de quinine, le 8 Juin. Le 9 Juin, début des douleurs vers 19 heures ; le 10 Juin, à 2 h. 1/2 la malade perd les eaux, à 7 h. 45, expulsion d'un fœtus vivant de 4 mois environ. Délivrance 1/4 d'heure après, sans hémorragie.

Suites de couches : Environ 1/4 d'heure après la délivrance, la malade présente des signes de défaillance cardiaque grave. Pâleur extrême, pouls petit et très rapide, incomptable. Sueurs froides « elle sent qu'elle va mourir ». Température 36,5.

Traitement : Solucamphre (2 fois 10 cc.). Le pouls reste inquiétant pendant 1/4 d'heure, puis redevient très bien frappé : 90

pulsations par minute, avec des alternatives d'affaiblissement beaucoup moins marquées qu'au début.

Tension artérielle : maxima 7, minima 4 (Boulitte).

La température est remontée à 38°.

La malade sort 13 jours après, avec la même température et les signes cardiaques sont toujours les mêmes. P. 118. Nous n'avons pu retrouver trace de cette malade.

COMMENTAIRES

Dans leur énumération, nous avons cru bon de grouper ces observations en 3 classes représentant chacune un type clinique particulier.

I. — Les observations VII, VIII, IX, X, XI groupent les cas de cardiopathes qui, durant leurs grossesses, unique ou multiple, n'ont jamais fait d'accidents d'insuffisance cardiaque appréciables. Ces malades, au cours des suites de couches, firent brusquement une crise d'œdème aigu du poumon, signant la déficience cardiaque. Certaines de ces malades avaient triomphé jusque-là de trois et même cinq grossesses antérieures et de leurs suites.

L'observation IX illustre un cas d'œdème aigu du poumon à répétition dans les suites de couches. Nous avons relevé un cas semblable par la suite.

L'apparition de ces accidents a été précoce pour les observations VII et VIII et s'est faite tardivement pour les malades des observations IX, X et XI. On doit noter que tous ces phénomènes se sont passés sans température.

II. — Vient ensuite le groupe des malades qui ont présenté au cours de leur grossesse des accidents cardiaques qui se reproduisent en signes semblables et d'intensité égale dans les suites de couches (Observations XII et XIII).

Dans le premier cas, il s'agit d'une crise d'œdème aigu du poumon « avant » et « après » ; dans le deuxième, c'est une congestion pulmonaire qui se répète de la même façon.

III. — Les observations XIV, XV et XVI groupent les cas de malades ayant présenté des accidents sérieux d'insuffisance cardiaque pendant leur grossesse, et qui virent ces accidents se répéter plus gravement encore dans les suites de couches. La malade n° 14 en est un exemple typique. Les deux malades citées dans les observations suivantes, grandes multipares, la première surtout, ont attiré particulièrement notre attention parce qu'elles présentent à chaque nouvelle gestation une progression très nette et comme inexorable dans l'aggravation des signes de leur insuffisance cardiaque.

Là encore, l'époque d'apparition de ces troubles est variable : Tardive pour la malade de l'observation XV et immédiate pour les XIV et XVI. Notons que cette dernière, dont la température était normale après la délivrance, a fait par la suite une poussée thermique qui s'est maintenue à 38° pendant plusieurs jours. Notons que cette élévation thermique allait de pair avec l'aggravation de son état.

CHAPITRE IV

LES ACCIDENTS MORTELS

Nous avons pu relever six observations de malades ayant fait des accidents d'insuffisance cardiaque qui se sont terminés fatalement.

A part deux cas de mort par défaillance cardiaque pure, les autres malades sont décédées après avoir fait des phénomènes cardio-pulmonaires graves, qui se sont parfois répétés jusqu'à l'échéance fatale, malgré tous les efforts et toutes les thérapeutiques employées.

OBSERVATION XVII (Inédite)
1925, n° 284, Maternité

Mme X., 30 ans.

Envoyée par le Docteur Boursier avec le diagnostic de grossesse compliquée de lésion cardiaque, le 24 Mars 1925.

Dans les antécédents de cette malade on trouve une rougeole à 7 ans, la diphtérie à 8 ans. Durant sa jeunesse, pas d'essoufflement d'effort à la marche ou à la course. En 1914, broncho-pneumonie s'étant accompagnée des signes habituels : toux, expectoration. Evolution très lente, convalescence longue. Depuis, la malade est toujours un peu souffrante. Bronchites à répétition tous les hivers. Au cours de cette broncho-pneumonie, M. le Professeur Cassaet avait fait le diagnostic de lésion congénitale du cœur. La malade est fatiguée, réduit son travail, évite les efforts. Léger amaigrissement.

Mariée en 1919, au mois de Novembre, alors que ses règles étaient supprimées depuis le mois de Juillet. Elle présente à ce moment des œdèmes intéressant les deux membres inférieurs et remontant jusqu'au niveau des flancs. En même temps, essoufflement très marqué et poussées congestives du côté du foie. Elle s'alite en Décembre et Janvier, soignée par le Docteur Boursier. Au bout de ce temps, rétrocession des œdèmes et de l'essoufflement.

Etat actuel : Habitus plutôt maigre, pommettes rouges, dyspnée. La malade reste en position assise, car l'essoufflement s'exagère dans le décubitus dorsal.

Œdème blanc, bilatéral au niveau des chevilles. Système cardio-vasculaire : Pouls rapide, mais régulier à 100. Tension : maxima, 19, minima, 11.

Cœur : La pointe est difficile à repérer, elle semble battre dans le 5e espace et est légèrement déviée en dedans. On sent une sorte de frémissement dans la région apéxienne. L'aire de matité paraît augmentée au niveau des régions ventriculaires juxta-aortiques.

L'auscultation décèle au foyer mitral un roulement présystolique suivi d'un léger souffle. Dédoublement du second bruit. Aux foyers aortiques et pulmonaires, rien à signaler.

Système respiratoire : Dyspnée d'effort. 20 respirations par minute.

Poumon : Légère submatité des deux sommets et légère congestion des bases.

Foie : Légèrement augmenté de volume.

Reins : Oligurie légère, albumine.

Système nerveux : Rien de particulier.

En résumé, il s'agit d'une malade enceinte de 8 mois 1/2, présentant une lésion valvulaire du cœur paraissant ancienne (rétrécissement mitral) avec hypertension artérielle, congestion des deux bases, gros foie, albumine légère, œdèmes qui signent un état cardiorénal préexistant et un peu accentué par la grossesse.

Accouchement le 7 Avril 1925. Forceps pour éviter à la malade de pousser. Tension artérielle à ce moment : Maxima 20, minima 10 1/2; le 20 Avril : Maxima 15, minima 9.

Suites de couches : Le pouls de la malade reste élevé dans les jours qui suivent l'accouchement, il bat à 120. Il n'y a jamais eu

de température et la malade sort 14 jours après sans autorisation. Chez elle, trois jours après, elle tombe en coma cardiaque et meurt, malgré une saignée importante.

OBSERVATION XVIII (Inédite)
1931, n° 119

M^me^ X., 26 ans (II-pare).

Cette malade a eu une broncho-pneumonie à 24 ans et, depuis, des bronchites à répétition.

1^re^ grossesse à 25 ans : Avortement à 3 mois.

2^e^ grossesse : La malade entre à la salle de travail, le 28 Février. C'est une femme de petite taille, portant de nombreux stigmates de rachitisme. Elle accouche spontanément à 7 mois 1/2 d'un enfant de 1 kg. 850. Au moment de la sortie de la tête, on s'aperçoit que la femme est cyanosée, avec une dyspnée intense et un pouls filiforme. A l'auscultation, on trouve une lésion cardiaque qu'on ne peut préciser en raison de la rapidité du pouls. On fait une délivrance immédiate qui permet de vérifier l'intégrité utérine.

Suites de couches : L'auscultation pulmonaire donne des signes banaux. T. A. : 0. Tonicardiaques, ouabaïne intra-veineuse, saignées, oxygène.

La malade pâlit et meurt une heure après le début de ces accidents.

OBSERVATION XIX

(par MM. Laffont et Fulconis)

(*Société d'Obstétrique et de Gynécologie d'Alger*, 1934, page 501)

Le 22 Mars 1934, entre à la Maternité une secondigeste, âgée de 31 ans. Sa première grossesse s'est terminée prématurément au septième mois. Il s'agit d'une cardiaque, présentant quelques signes de décompensation. La gestation est alors de 8 mois. Au

cœur : Roulement présystolique, souffle d'insuffisance mitrale et dédoublement du second bruit. T. A. : 8,5/11. Urines : 1 l. 1/2 par 24 heures.

Traitement digitalique. Diète. Régime lacté.

Dans les jours qui suivent, l'état de la malade semble s'améliorer. La congestion passive des bases, l'hépatomégalie, l'œdème malléolaire tendent à régresser. La tension maxima s'élève à 12. Pouls : 120, pas de trouble du rythme.

Le 2 Avril, la malade ressent les premières douleurs d'un travail débutant. La dyspnée s'installe rapidement. La tension artérielle baisse. On décide d'accoucher cette femme chirurgicalement par voie haute. On extrait un enfant vivant de 2 kg. 600. L'opération a duré 20 minutes. Minimum de choc. Perte sanguine minime. Toni-cardiaques. Le pouls et la température reviennent à la normale.

Suites de couches. — La malade, dont l'état s'était remarquablement amélioré dans les suites opératoires, présente de nouveaux signes de défaillance cardiaque, dix-huit jours après son accouchement. La température s'élève ainsi que le pouls. L'œdème réapparaît, puis apparaît une « phlegmatia » du membre supérieur droit.

Très rapidement, les signes d'asystolie s'accusent, l'œdème s'étend à la paroi abdominale. La dyspnée est intense. On perçoit l'existence d'une multitude de râles fins aux deux bases pulmonaires. Oligurie accusée.

En dépit d'une thérapeutique énergique : saignées, purgation drastique, digitaline, théobromine, scille, l'état empire.

Le 19 Avril, il existe une congestion massive des deux poumons, avec gêne respiratoire considérable. Le pouls est rapide et petit. Une marée de râles sous-crépitants monte rapidement. La malade expectore une mousse rosée. Quelques ventouses, de l'ouabaïne intra-veineuse (1/4 de milligramme), de multiples piqûres d'huile camphrée amènent la sédation passagère des symptômes.

Le lendemain, le tableau s'assombrit de nouveau. Malgré une saignée le pouls est très accéléré et peu perceptible, l'agitation extrême. L'asystolie avec anasarque se confirme, irréductible. Ponction d'un hydro-thorax droit. Aggravation, malgré l'ouabaïne, la morphine, etc. La malade meurt.

OBSERVATION XX (Inédite)

1935, n° 960, Clinique Boursier

Mme X., 40 ans (II-pare).

La mère de cette malade est morte d'une maladie de cœur.

Dans ses antécédents personnels, on apprend qu'elle a marché à 15 mois et qu'elle a été réglée normalement à douze ans. On ne peut rien savoir d'autre.

La première grossesse, ainsi que ses suites, ont été normales.

Grossesse actuelle : C'est une malade obèse de 100 kg., avec une hauteur utérine de 40 cm. Présentation normale. Bruits du cœur positifs à gauche.

Début du travail, le 15 Décembre, à 17 heures. La malade perd les eaux le 16 à 14 h. 30, alors que la dilatation est de petite palmaire. Le liquide amniotique est teinté de méconium et les bruits du cœur deviennent sourds et irréguliers. On décide de ne pas pousser plus loin l'épreuve du travail, la tête étant élevée et l'enfant paraissant gros. Césarienne basse, sous rachi-anesthésie. Extraction d'un enfant vivant de 5 kg. 150. Malade un peu fatiguée après l'opération ; tonicardiaques.

Suites de couches : Le 17 Décembre 1935, signes de bronchite. Eucalyptine, révulsion. Le 3 Janvier 1936, la malade a une crise de dyspnée, oppression très marquée. Expectoration rosée. La tension artérielle est de : Maxima 16, minima 9.

Râles crépitants aux bases. Saignée de 120 cc.

Au cœur : Bruit de galop.

Œdème aux membres inférieurs.

On fait 1/2 centigramme de morphine et 25 centigrammes de caféine. T. A. : maxima 12, minima 7,5. Pouls 120. Temp. 38.

La malade dort mal, malgré la morphine et reste dyspnéique. Le 3 Janvier, la défaillance cardiaque réapparaît : ouabaïne, saignée de 600 gr. Lavement purgatif. La température est tombée à la normale. T. A. : maxima 14, minima 7,5. La dyspnée a beaucoup diminué par l'ouabaïne. L'œdème des membres inférieurs n'a pas disparu. On note même un peu d'œdème au niveau des membres supérieurs.

Le 7 Janvier, douleurs à la jambe droite, avec à ce niveau, présence d'un placard lymphangitique. La dyspnée a disparu.

Le 12 Janvier, nouvelle crise de dyspnée. T. A. : Maxima 14, minima 6 1/2. Pouls 112. Température 37,5. Oppression, tachycardie, râles sur tout le poumon, crachats saumonés, bruit de galop. Traitement : Saignée, ouabaïne.

Le 14 Janvier, amélioration de tous les signes. Urine : 500 cc.

Dans la nuit du 16 au 17, la malade entre progressivement dans un état dyspnéique de plus en plus marqué, sensations d'étouffement. La respiration est courte et superficielle. La malade n'a plus la force d'expectorer. Traitement : Tentative de saignée sans succès. Ventouses scarifiées, caféine.

Le 17, la dyspnée s'accroît. Le pouls est à 120, mais il est bien frappé. Tonicardiaques. On essaye de vider les œdèmes avec des tubes de Southey. On retire 100 cc. Dans la nuit, pouls moins bien frappé. La malade meurt à 1 heure, le 18 Janvier.

OBSERVATION XXI (Inédite)

1933, n° 606, Clinique Boursier

Mme X., 36 ans, Employée au Midi (III-pare).

Le père de cette malade est mort d'un ulcère à l'estomac. Elle a 10 frères et sœurs, tous vivants et bien portants.

Dans ses antécédents personnels, on trouve une rougeole à 13 ans. Elle a été opérée d'une hernie crurale en 1932. Elle a eu des douleurs articulaires imprécises. Les deux premières grossesses se sont passées sans un incident et les suites de couches normales.

Grossesse actuelle. — Au cœur : tachycardie, souffle présystolique au foyer mitral. Au rein : Quelques traces d'albumine. Tension artérielle : Maxima 15, minima 7.

Cette grossesse s'est passée normalement jusqu'au 2e mois. Les accidents débutent par une dyspnée progressive, d'abord à l'occasion d'un effort, puis devenant continue. La nuit, la malade ne dort qu'assise dans son lit. Au cours du 3e mois de la grossesse, pendant la nuit, la malade est prise d'un accès de suffocation, puis d'efforts de toux qui amènent une expectoration assez abondante d'un sang rouge spumeux, aéré. Ces accidents durent 1 heure environ, puis cèdent spontanément.

Le lendemain, la malade consulte M. le Professeur Leuret, qui élimine l'hypothèse d'une lésion pulmonaire et envisage celle d'un rétrécissement mitral amenant des accidents d'hyposystolie, pour lesquels il donne un traitement en conséquence.

Depuis cette époque, la malade reste au repos. La dyspnée est intermittente, la malade peut dormir étendue, sans oreiller, mais à un autre moment elle ne peut même pas rester assise dans son lit et doit se lever pour respirer plus librement.

Vers le 4e mois de la grossesse, apparaît un œdème marqué des membres inférieurs, qui disparaît au bout de 3 semaines par le repos au lit et reparaît si la malade marche. Les accidents persistent sans rémission ni aggravation notable. M. le Docteur Rivière l'adresse dans le service pour y recevoir les soins que nécessite son état. A noter que les accidents n'ont existé que pendant cette troisième grossesse.

Actuellement, la malade est assise dans son lit et respire sans difficultés apparentes. Elle présente un œdème blanc, mou, indolore, des membres inférieurs, remontant jusqu'au niveau de la paroi abdominale.

Appareil circulatoire : Le pouls qui était à 120 à son entrée, n'est plus qu'à 100, après un traitement digitalique.

La pointe du cœur « visible » bat dans le 6e espace intercostal, en dehors de la ligne mamelonnaire. A ce niveau, les contractions cardiaques paraissent régulières et énergiques. L'aire de matité cardiaque est augmentée. M. le Docteur Broustet, consulté, trouve qu'à l'auscultation de la pointe il paraît impossible de dire s'il s'agit d'un bruit de galop ou d'un souffle présystolique, cette dernière hypothèse étant jugée la plus probable.

Tension artérielle, le 26 Juin : Maxima 14, minima 8, Io. 2; Maxima 12, minima 7, Io. 2; Maxima 14, minima 7, Io. 3,5.

Poumon : Râles en arrière, avec congestion des deux bases.

Foie : Normal, ni gros, ni douloureux.

Urines : 1.300 grammes en 24 heures, contenant 3 grammes d'albumine.

Système nerveux : Rien à signaler.

La malade accouche, le 15 Août 1933. Enfant de 3 kg. 200, venu normalement.

Suites de couches : L'état de la malade ne présente rien d'inquiétant dans les heures qui suivent. Température 36,7 : Tension artérielle : Maxima 13,5, minima 7, Io. 3.

Le deuxième jour, poussée thermique.

Etat général grave. La température oscille entre 38 et 39 pendant 17 jours, puis revient à la normale. Le pouls bat à 140. Dyspnée considérable. Point de côté violent, sans expectoration. Au cœur : Tachycardie extrême sans signes nouveaux. Poumons : Râles humides de haut en bas, sans foyers soufflants; à droite, léger épanchement à la base.

Tous ces signes furent attribués à des infarctus pulmonaires multiples, à point de départ cardiaque.

Traitement : Thérapeutique réduite, après une première cure de digitale. Solucamphre. Pantopon.

Au 21e jour, pouls 100, température 37,9. Amélioration des signes généraux, avec persistance de signes pulmonaires importants, puis aggravation. Cheynes-Stokes, coma cardiaque.

La malade meurt, le 15 Septembre, à 5 h. 30.

OBSERVATION XXII (Inédite)

1932, n° 969

Mme X., 37 ans (III-pare).

Dans les antécédents de cette malade, on trouve une crise de rhumatisme articulaire aigu, imprécisée dans le temps. La malade sait que, depuis, elle a une maladie de cœur. Ses deux premières grossesses se sont passées normalement et les suites de couches ont été sans incident.

Elle entre en salle de travail avec une dilatation qui ne tarde pas à être complète. Elle a de bonnes contractions, mais la tête qui est dans l'excavation ne progresse pas. Forceps. Extraction pénible d'un enfant de 3 kg. 700, né étonné.

Suites de couches : Le 9e jour, la malade éprouve une dyspnée surtout nocturne, se plaint de palpitations. L'auscultation montre l'existence de deux souffles au foyer mitral.

Traitement : Digitaline X gouttes par jour. Le surlendemain, la malade se plaint d'un point de côté à l'aisselle droite. Crachats rouillés. L'auscultation pulmonaire montre un foyer de râles sous-crépitants au niveau de l'aisselle droite. La malade est de plus en plus dyspnéique.

M. le Docteur Broustet l'examine alors et trouve : un pouls rapide, tendu. Une pointe basse. Souffle systolique à la pointe. Pas de dédoublement du second bruit. Pas de souffle crural. Il conseille la révulsion, ouabaïne intra-veineuse, mais la 1re injection, mal supportée, oblige à cesser ce traitement.

La malade fait alors des crises de dyspnée très violentes, dont une cède très bien à une saignée de 500 cc. et à une injection de spasmalgine.

Le 22, l'état de la malade s'aggrave. Dyspnée continue, non améliorable par les divers traitements.

Hyperthermie : 39,2, 38,2. Orthopnée et cyanose intense.

Elle entre dans le coma le 22 et meurt dans la nuit.

COMMENTAIRES

Ce chapitre constitue la partie la plus importante de notre travail, car c'est de l'examen attentif de ces observations que nous tirerons les éléments susceptibles d'expliquer la pathogénie de ces accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum et plus particulièrement des accidents graves.

Voyons le détail clinique des différents cas que nous avons relevés.

Nous trouvons dans les deux premières observations XVII et XVIII tous les signes de la défaillance cardiaque pure. La première malade a fait ces accidents dans les quelques jours qui suivirent la délivrance, la deuxième immédiatement après et même vers la fin du travail. Pas de courbe thermique, ni pour l'une ni pour l'autre. Toutes deux sont mortes d'asystolie. Il faut remarquer encore que cette asystolie s'est déclarée brutalement, alors que les signes d'insuffisance cardiaque ou de décompensation passagère n'avaient pas été suffisamment accentués pour laisser prévoir un dénouement rapide aussi dramatique.

L'observation XIX rapporte l'histoire d'une malade qui, durant sa période de gestation, a présenté des signes légers d'insuffisance cardiaque. « La malade s'était remarquablement améliorée dans les suites opératoires », écrivent MM. Laffont et Fulconis. Dix-huit jours s'écoulent, qui confirment cette amélioration rassurante. A ce moment, en même temps qu'une poussée thermique, la défaillance cardiaque apparaît, qui va s'accentuer et entraîner la mort par asystolie.

Observation XX. Ici, l'histoire un peu particulière d'une malade obèse qui fut accouchée chirurgicalement. A la suite de cette césarienne, effectuée avec le minimum de choc, le cœur de cette malade qui, jusque-là, n'avait point attiré l'attention, donne brusquement des signes de défaillance. Une crise d'œdème aigu du poumon se déclare, ces incidents se répètent et l'état précaire du cœur empire, au point d'entraîner la mort. La température est restée tout le temps insignifiante.

La malade de l'observation XXI est une cardiaque troisièmipare, qui avait très bien conduit ses deux premières grossesses. Dès le début de la troisième, apparaissent des signes de décompensation qui s'aggravent au fur et à mesure de la gestation. La malade accouche au milieu de ces signes. On fait un forceps pour la soulager. Aussitôt après la délivrance la température s'élève, se maintient longtemps entre 38 et 39°. La malade meurt au bout de 20 jours, en faisant des accidents cardio-pulmonaires.

La dernière malade dont nous rapportons l'observation est une cardiaque rhumatismale qui, comme la précédente, a eu deux premières grossesses sans histoire. Sa troisième gestation s'est également passée sans incidents, mais dans les suites de couches, 9 jours après la délivrance, sans que rien ne puisse le faire prévoir, la malade éprouve une forte dyspnée, aggravée bientôt par des phénomènes de congestion du côté des poumons. La température oscille entre 38 et 39. La défaillance cardiaque s'accentue malgré le traitement, elle entre en coma et meurt.

CHAPITRE V

PATHOGÉNIE

A notre connaissance, quatre grandes théories tentent actuellement d'expliquer le mécanisme des accidents cardiaques de la grossesse en général. Elles sont toutes très connues et nous ne ferons que les énumérer ici.

1° En premier lieu, la théorie mécanique de Peter qui est la plus ancienne;

2° La théorie de l'auto-intoxication gravidique (Bar, Corpechot, Gauthier);

3° La théorie de la rupture dans la synergie endocrinienne (Moussoir, Laennec);

4° Enfin, la théorie sur la nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques.

Nous savons déjà que ces interprétations diverses ne se suffisent pas et n'ont pas échappé à quelques critiques. Voyons donc si nous pouvons nous servir de ces théories pour expliquer la pathogénie des cas qui nous occupent.

Nous devons tout de suite distinguer les accidents d'insuffisance cardiaque des suites de couches qui continuent ceux de la gestation. Ils témoignent d'un myocarde fatigué, profondément atteint et qui est souvent allé jusqu'à la limite de son rendement. Ces accidents, qui se sont aggravés pendant la gestation, se répètent avec la même intensité après la délivrance, ou continuent leur marche inexorable et emportent la malade. Ils s'expliquent d'eux-mêmes. Restent les accidents du post-partum, que rien ne faisait prévoir ou dont les signes précurseurs furent d'une bénignité insignifiante.

Passons en revue quelques accidents légers ou même des accidents sévères. Il faut distinguer là aussi entre les accidents immédiats et ceux qui se sont produits tardivement.

Il est indiscutable que l'accouchement entraîne mécaniquement une rupture de l'équilibre circulatoire déjà compromis, pouvant entraîner dans certains cas un état syncopal. Ces conditions mécaniques et défavorables de l'accouchement ont aggravé une insuffisance cardiaque jusque-là légère. Ne pouvons-nous pas appliquer cette interprétation aux premières observations de notre travail et expliquer ainsi ces états dyspnéiques et ces lypothymies souvent observées ?

La malade n° 13, qui fit des accidents sévères aussitôt après l'accouchement ne doit-elle pas ses troubles à l'apport soudain, comme l'a dit Spiegelberg, dans son ventricule droit, d'une importante masse sanguine dont il se débarrasse difficilement et peut-être encore à l'encombrement d'une circulation veineuse résultant de la fermeture des gros sinus utérins et de l'aspiration diaphragmatique ?

Mais ces explications ne seront plus valables quand les accidents surviennent tardivement, alors que le courant circulatoire a pu reprendre peu à peu son équilibre normal.

Que penser, par exemple, de la malade n° 3, qui, 7 jours après la délivrance, est prise de dyspnée et se cyanose brusquement ? Ici, rien de mécanique, semble-t-il, le courant sanguin a eu le temps de revenir normal. Que faut-il donc penser ? Cette femme a une maladie mitrale. On sait l'influence des perturbations endocriniennes sur les cardiopathes (puberté, gestation, ménopause). Ce cœur déjà atteint n'est-il pas resté sous l'influence de ce déséquilibre endocrino-sympathique ? Peut-on penser encore que ce myocarde diminué n'a pu se débarrasser de cette « intoxication gravidique » dont nous parlent Bar et Corpechot et dont la nature est assez mal connue ? La malade n° 14

peut être aussi, croyons-nous, placée dans cette catégorie.

Quoi qu'il en soit, il est difficile de faire une part nette à l'une ou à l'autre de ces interprétations qui semblent souvent se rejoindre en certains points.

Ici, se place un groupe d'observations de malades nombreuses, ayant fait après la délivrance un ou plusieurs accès d'œdème aigu du poumon. Nous nous en sommes tenu à l'explication raisonnable qu'en donne Laennec dans sa thèse. Lui-même s'est référé aux travaux de Laubry, Ribierre, Doumer, Tissier et Guinard.

« Trois facteurs interviennent dans la production de la crise d'œdème aigu du poumon : un facteur mécanique, un facteur nerveux, un facteur humoral. »

Il en arrive aux conclusions suivantes :

« Sous l'influence d'un effort ou d'une auto-intoxication qui aggravent les conditions mécaniques créées par la sténose, l'oreillette gauche qui avait conservé presque toute sa tonicité, se dilate brusquement; cette dilatation qui produit une excitation du plexus cardiaque peut être facilitée par une hyper-excitabilité d'origine toxique et il naît au niveau du plexus un réflexe de vasoconstriction pulmonaire et de transsudation intra-alvéolaire, qui entraîne la production de la crise d'œdème pulmonaire. »

Nous allons maintenant souligner les trois cas semblables des malades 19, 21 et 22.

Ces malades sont mortes toutes les trois d'insuffisance cardiaque, après avoir fait des accidents cardio-pulmonaires graves. Comme nous l'avons mis en évidence dans nos commentaires de fin de chapitre « Les accidents mortels », ces malades ont fait très vite, dans leurs suites de couches, une élévation thermique parfois très forte. A partir de ce moment, a commencé le tableau angoissant d'une défaillance cardiaque progressive, avec toutes ses complications du côté des poumons. Ces trois cas illustrent à notre avis la théorie sur la nature inflammatoire des accidents gravido-cardiaques.

Nous nous trouvons en présence de trois cardiaques, dont deux rhumatismales, qui eurent quelque peine à mener à bien leur dernière gestation et chez qui on suit déjà une imprégnation cardiaque très nette. Après la délivrance, poussée thermique, dont la courbe se maintient plus ou moins également jusqu'à la fin. On peut affirmer que c'est là une de ces endocardites rhumatismales évolutives, sur lesquelles Bezançon, Weill, Laubry et Moussoir ont attiré l'attention. Nous pensons avec MM. Broustet et Mahon qu'il faut avoir vu dans cette manifestation endo-myocardique une rechute de l'atteinte rhumatismale primitive.

Comment expliquer autrement ces accidents à distance ? A la suite de Porak, nous pensons qu'ils sont le fait de phénomènes inflammatoires. Sans doute s'agit-il de manifestations de cet ordre chez les autres malades emportées par des phénomènes de congestion pulmonaire, qu'accompagnait une certaine élévation thermique.

Si cette théorie inflammatoire est difficile à invoquer dans tous les cas, il n'en reste pas moins vrai qu'elle semble expliquer ce que nous appellerons les véritables accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum.

Il est permis de penser que certains accidents, que l'on hésite à expliquer pareillement, en raison de l'absence de signes généraux nets, sont dus en réalité à l'évolution sourde de lésions auxquelles la gestation est venue donner un nouveau coup de fouet. Il s'agit souvent de multipares âgées, dont le myocarde sensibilisé ne résiste plus. C'est donc là, semble-t-il, qu'il faut rechercher l'explication de ces accidents redoutables, dont la thérapeutique est souvent impuissante à enrayer la marche inexorable.

Il reste néanmoins quelques exemples vraiment paradoxaux qu'il est difficile de faire entrer dans un de ces cadres précis. Ce sont des cardiaques, pour lesquelles l'expulsion du fœtus, la perte de sang qui s'en suit, devraient être très favorables; on voit enfin des femmes ayant une insuffisance cardiaque banale faire après leur délivrance des accidents très graves.

Peut-être pouvons-nous alors invoquer le décubitus dorsal prolongé, si fâcheux pour les cardiaques ? On sait aussi l'influence néfaste de l'allaitement qu'on est obligé d'interdire, ou que les malades elles-mêmes sont obligées d'arrêter, en raison de leur fatigue.

Enfin, nous avons remarqué, chez plusieurs malades qui firent des accidents du post-partum, le maintien d'une tension artérielle élevée; mais ce n'est pas là une explication, c'est un signe, un élément de précision des accidents dont l'explication reste, somme toute, assez malaisée.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous allons passer en revue les traitements appropriés aux divers types cliniques des accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum, et indiquer ensuite leur prophylaxie.

Dans le groupe des accidents légers, au moment de l'apparition des dyspnées légères, des palpitations, des algies précordiales, la valériane associée au cratœgus est indiquée, chez ces femmes dont le système neuro-végétatif est particulièrement irritable.

Si ces troubles sont plus sévères, si la dyspnée et la cyanose s'aggravent, et que la défaillance du myocarde s'accentue, on aura recours aux tonicardiaques : le camphre en solution huileuse et associé à la spartéine; la caféine; la digitale, particulièrement indiquée chez les arythmiques; l'ouabaïne par la bouche, ou par la voie intra-veineuse.

D'autre part, on s'efforcera de soulager le cœur, en augmentant la diurèse susceptible de diminuer les œdèmes. On aura recours à la théobromine, ou on imposera, en cas d'albuminurie, un régime déchloruré.

Les ventouses, les saignées, les ponctions, dans les accidents cardio-pulmonaires. La thérapeutique de l'œdème aigu du poumon, en particulier, doit être très énergique. Saignée massive de 700 à 800 grammes, pratiquée sous le contrôle du tensiomètre. Après la saignée, on fera une injection intra-veineuse de 1/4 de milligramme d'ouabaïne et une piqûre de morphine.

Enfin, connaissant bien la notion de poussée évolutive d'endocardite rhumatismale, on aura recours au salicylate

de soude *per os* ou en injection intra-veineuse, chaque fois que les antécédents de la malade l'indiquent.

Les médications spécifiques doivent enfin être employées, s'il y a lieu.

Comment prévenir l'apparition de ces accidents d'insuffisance cardiaque des suites de couches ?

En face d'une cardiaque avérée et pendant la gestation, une règle d'hygiène générale s'impose, que l'on peut résumer ainsi : existence au ralenti, éviter les refroidissements, régime hypotoxique. Cures espacées de toni-cardiaques. Salicylate de soude chez les rhumatismales. On prépare ainsi ces malades à l'accouchement.

Cet accouchement doit être fait, en demandant à la malade un minimum d'effort. Le forceps justifie ici sa grande utilité. Si la malade est accouchée chirurgicalement, il faut que ce soit avec un minimum de choc : césarienne basse.

Enfin, devra-t-on recourir à l'avortement pour éviter des accidents plus graves ?

Nous ne nous étendrons pas longuement sur les indications de l'avortement dans ces cas. Il nous suffira de dire qu'elles ont été très discutées. Laennec conclut dans sa thèse que les indications de l'avortement thérapeutique sont à peu près unanimement admises par tous les auteurs. C'est ici que la notion du coup de fouet évolutif, donné par la grossesse aux endocardites d'origine rhumatismale, acquiert toute son importance. Les trois dernières observations citées dans notre travail nous ont amené à penser qu'en présence d'une endocardite évolutive, l'avortement prophylactique est inopérant, car, nous l'avons vu, l'évacuation de l'utérus ne saurait à coup sûr enrayer la marche de l'affection.

Enfin, si l'allaitement échappe pour les cardiopathes à toute règle générale, il doit être cependant déconseillé dans les cas qui nous occupent. S'il est permis, il faut avertir la malade de ses dangers et l'arrêter aux premiers signes alarmants.

CONCLUSIONS

I. — Les accidents d'insuffisance cardiaque des suites de couches sont relativement rares, mais il faut les connaître. On ne doit pas considérer l'accouchement comme la délivrance de la cardiopathe.

II. — Ces accidents peuvent survenir après l'accouchement, ou plusieurs semaines plus tard. Une surveillance attentive prolongée s'impose pendant cette période qui reste critique.

III. — Il n'est pas douteux que la gestation est susceptible de donner un coup de fouet à des lésions d'endocardite d'apparence éteintes et l'évolution de ces lésions se continue souvent après l'accouchement.

IV. — Ce sont surtout ces cas qu'on doit considérer comme les vrais accidents d'insuffisance cardiaque du post-partum.

V. — Pour les cardiopathies d'origine infectieuse récente, l'avortement prophylactique serait une mesure inopérante, parce que la lésion reçoit dès le début de la grossesse un coup de fouet évolutif ; cette interruption de la grossesse n'étant jamais suffisamment précoce.

VI. — A ces malades s'applique, dans toute sa sévérité, la première partie de l'adage de Peter : « Femmes, pas de grossesse. »

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

VU :
Le Doyen,
P. MAURIAC

VU, BON A IMPRIMER,
Le Président,
J. ANDERODIAS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Bordeaux, le 18 Janvier 1937
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER

BIBLIOGRAPHIE

Abraham. — Extrasystoles et grossesse (*Medizinische Klinik*, n° 45, 6 Nov. 1931, p. 1639).

Achard (c.). — Accidents gravido-cardiaques (*Journal des Praticiens*, 18 Fév. 1933, n° 7).

Andérodias et Balard. — Cardiopathies valvulaires et puerpéralité (*Gazette hebd. des Soc. Médicales de Bordeaux*, 1924).

Aubertin. — Pronostics des cardiopathies pendant la gestation (Leçon faite à la *Clinique Baudelocque*, 30 Avril 1924).

Anselmino (k. j.) et Hoffmann (f.). — Development of tachycardie in pregnancy and bradycardia in puerperim (*Arch. of Gynack.* 150 : 54-56, 1932).

Anderson. — Tachycardie paroxystique associée à la grossesse.

Asher (e. o.). — Heart disease in pregnancy (*J. Indiana* M. A. 25, 267-268, Juin 1932).

Balard. — Insuffisance cardiaque et puerpéralité (*Bulletin de la Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1921, page 373).

— Oscillométrie en obstétrique (*Edition expension scientifique*, 1926).

— Le critère oscillométrique, élément de diagnostic et pronostic de l'insuffisance cardiaque au cours de la puerpéralité (*Réunion biologique de Bordeaux*, 6 Juillet 1920).

Balard, Broustet et Mahon. — Cardiopathies et puerpéralité (*Gazette hebd. Sciences Médicales de Bordeaux*, n° 35, 2 Sept. 1934).

Balard, Broustet et Mahon. — Cardiopathies et puerpéralité (fin). (*Gazette hebd. Sciences Médicales*, n° 36, 9 Sept. 1936, p. 569).

Battle. — Cœur et grossesse (*Sud Médic. et Chirurg.*, 15 Mars 1931).

Bazau. — Mort par accidents cardiaques pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum (*Revista Medic. Cubana*, Mars 1929, n° 3).

Brahic et Gayraud. — Rétrécissement mitral de grossesse (*Rev. de Gynécologie et d'Obstétrique,* Janvier 1927).

Bertrand. — Deux cas de cardiopathie au cours de la grossesse (*Union Médic. du Canada,* n° 5, Mai 1934).

Bernstein. — Blocage cardiaque et grossesse. Relation d'un cas avec délivrance normale (*The Journ. of the Americ. Medic. Association,* 15 Février 1936, p. 532).

Binhold (h.). — Das Herzvolümen in der Schwangerschaft (*Arch. f. Gynak.* 154, 251-255, 1933).

Bradford (w. z.). — Subacute bacterial endocarditis complicating pregnancy and puerperim (*Americ. Journ. Obst. et Gyn.* 27. 296-297, Fébr. 1934).

Bohnen. — Ruptura da aorta durante el trabalho de parto (*Zentralbl. f. Gyn.,* 1927, p. 2398).

Bramwell. — Traitement des affections cardiaques au cours de la grossesse (*The British Medic. Journ.,* 1er Juin 1935, p. 1132).

— Pronostic des maladies cardiaques dans la grossesse (*The Lancet,* 15 Mars 1935).

Bertrand. — Deux cas de cardiopathie au cours de la grossesse (*Union Médic. du Canada,* n° 5, Mai 1934).

Bunzel (Everett). — Pulmonary embolism complicating pregnancy labor and the puerperim (*The Amer. Journ. of Obst. a. Gyn.,* vol. XIII, Mai 1927, n° 5, p. 584).

Burton et Hamilton. — Observations on heart disease complicating pregnancy (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* Avril 1927, n° 4, p. 535).

Burton, Hamilton and Foster S. Kellogg. — Cardiac disease in pregnancy pronostic. Medical and obstetric hardling (*The Journ. of the Americ. Med. Association,* n° 25, Décembre 22, 1928, p. 1942).

Campbell. — Gestation et cardiopathies (*Canadian Medic. Ass. Journ.,* Montréal, Avril 1923).

Carreras et Cortes (Christian). — Modifications du cœur pendant la grossesse (*Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie,* Paris, 4 Nov. 1929).

Carreras et Cortes (c.). — Cardiopathies et grossesse (*Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie,* Paris, 6 Janvier 1930).

Casson (p.). — Cardiopathies et gestation. Statistique de la maternité de Lariboisière, Paris, Janvier 1936).

Colistro et Ferrer. — Endocardite, suite d'avortement (*Revue Médicale de l'Uruguay,* Mai 1921).

Commanders. — Accidents gravido-cardiaques aigus et spécialement de l'œdème du poumon au cours des suites de couches (*Journal de Méd. de Lyon,* 1925, p. 609).

Chamorro. — Pequena ceserea seguida di esterebizacion en una cardiopathia grave (*Semana Medic.,* 2, 449-452, 17 Aug. 1933).

Cernez. — Endocardite mitro-aortique simulant l'anévrisme de l'aorte au cours de la grossesse (*L'Echo Médical du Nord,* Tome II, n° 27, 8 Juillet 1934).

Condamin (r.). — De quelques réflexes cardiaques à point de départ utérin ou plutôt douglassien (*Lyon Médical,* n° 2, 13 Janvier 1929, p. 33).

Consoli (Donata). — Per la prognosi delle cardiopathie in rapporto allo stato puerperale (*Clinica Ostetrica,* Fasc. II, Novembre 1928, p. 846).

Corwin et Herrick. — Pregnancy and heart disease. A statistical report and summary of 196 cases (*The Amer. Journ. of Obst. a. Gyn.,* vol. XIII, Mai 1927, n° 5, p. 617).

Cremnitzer. — Considération sur les cardiopathies de la première moitié de la gestation (*Thèse Strasbourg,* 1934/35).

Couvelaire. — Cardiopathies mitrales et gestation (*Quinzaine médicale,* Novembre 1925).

— Le syndrome cardio-pulmonaire pendant l'accouchement (*Vie Médicale,* 1er Fév. 1924).

Cova (Verelli). — Le volume et la topographie du cœur dans la grossesse étudiés au moyen de la radioscopie (*Cong. de la Soc. Ital. d'Obstétrique et de Gynécologie,* Rome, 18-21 Déc., 1921).

Dardellas (Raphaël). — Insufficencia circulatoria por dilataçoa aguda do coraçao na gravida (*Rev. Gyn. d'Obst.,* 23 Novembre 1929, n° 11, p. 468-472).

Danforth. — The treatment of cardiopaths in pregnancy and labor (*Surg. Gyn. a. Obst. Chicago,* 1923, p. 174 et 178).

Davis. — The diagnosis and treatment of conditions of the heart complicating pregnancy (*The rap. Gaz. Detroit,* 1921, n. s. p. 240-246).

Decor (M^lle). — Grossesse et cardiopathies (*Thèse Paris,* 1925. Jouve et C^ie, Edit., 15, rue Racine).

Donovan. — Affection cardiaque compliquant la grossesse (*British* Medical Journal, 18 Janv. 1936, p. 104).

Fabre et Gaucheraud. — Tachycardie paroxystique dans les suites de couches (*Bull. de Soc. d'Obstétrique et Gynécologie,* Paris, p. 549, 1920).

Fallert. — Influence de la maladie de Roger (Cœur sur la grossesse et sur l'accouchement (*Schweizerische med. Woch,* n° 5, 30 Janvier 1932).

Flessinger (Ch.). — Les accidents gravido-cardiaques (*Journal des Praticiens,* n° 44, 3 Novembre 1934).

Fruhinsholz (a.) et Michon (p.). — A propos de deux cas d'endocardite végétante, aigüe et mortelle (*Bull. Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie,* 22 : 795-800, Nov. 1933).

Gauthier (Paul). — Contribution à l'étude des rapports des accidents gravido-cardiaques et de l'intoxication gravidique. (*Thèse de Paris,* 1925, Jouve et C^ie, Edit., 15, rue Racine).

Gautret. — Insuffisance cardiaque et puerpéralité (*Journal Médical de Bordeaux,* 1930, n° 30).

Guénard. — Indic. pratiques de l'électrocardiographie (*Gazette heb. des Sociétés Médicales de Bordeaux,* 1927).

Gellé. — Grossesse et cardiopathies (*La Sage-femme de France,* Janvier 1934).

— Pronostic et traitement des complications cardiaques chez les femmes enceintes (*L'Echo Médical du Nord,* 29 Décembre 1935).

— Grossesse et cardiopathies (*L'Echo Médical du Nord,* 29 Avril 1933, n° 17).

Hamilton et Kellogg. — Cardiac disease in pregnancy (*The journal of Amer. Med. Assoc.,* Décemb. 1928, n° 25, p. 1942).

Harold et Pardee. — Pregnancy complicating heart disease (*Amer. Journ. of the Med. Sciences,* Décembre 1922).

Harteman. — A propos de la pathologie des accidents gravido-cardiaques (*Gynécologie et Obstétrique,* Juillet 1927).

Hermann et King. — Cardiovascular disturbances in obstetric patient, with especial reference to electro-cardiographic observations (*The Sect. Obst. Gyn. a. Abd. Surg.,* A. M. A., p. 170-183, 1930).

Herrick. — Gestation et cardiopathies (*Amer. Journ. of Obst. a. Gyn.,* Saint-Louis, Juillet 1922).

Jeannacopoulo (M^lle). — Dissociation auriculo ventriculaire et grossesse (*Thèse de Paris,* 1932, M. Vigné, édit.).

Jensen. — Investigations on the influence of pregnancy and parturition upon organic cardiac disease (*Acta Obstetrica et Gyn. Scandinavica,* fasc. 3, vol. VI, Méd. 1926, t. 11, p. 270).

Kelemen. — Quelques observations sur les troubles mentaux et sur les troubles cardiaques de la grossesse (*Orvosi Hétilap,* 4 Mai 1935, p. 497).

Kelemen (j.). — Paralytic cerebral disturbances and cardiac disorders connected with pregnancy (*Orvosi Hetilap,* 79, 497-501, 4 Mai 1935).

Kraatz (h.). — Uber die Behandlung von Herzfehlerm nieder Schwanzerschaft und unter der Geburt (*Fortschr d. Med.,* 51, 1097, 1101, 11 Déc. 1933).

Kreis. — Cardiopathies (gravido-toxiques) dans la première moitié de la grossesse (*Strasb. Méd. Chir. Pratiques,* 10 Février 1921).

Kustner. — Schwanzerschaft und Herzfehler (*München med. Wchnschr.* 81 : 739-743, 18 Mai 1934).

Laffont. — Cardiopathie et grossesse. *Société d'Obst. et de Gynéc. d'Alger* (Séance du 10 Février 1934. in : *Algérie Médicale,* n° 83, Novembre 1934).

Laennec (t.). — Cardiopathies mitrales et gestation (*Thèse Paris,* 1930).

Levy - Solal. .. Pronostic et traitement des cardiopathies au cours de la puerpéralité (*Journ. de Méd. et Chirurg. Pratiques,* 10 Février 1921).

Lamb. — Affection cardiaque au cours de la grossesse. Note préliminaire (*The Americ. Journ. of the Medical Sciences,* n° 2, février 1934).

Mackenzie. — Heart diseases and pregnancy (*London H. Prowde and Hodder,* 1921).

— Les rapports des cardiopathies avec la grossesse (*The Lancet,* 1921, p. 1, 163, 1230, 1281 et 1342).

May (e.). — Cardiopathies et grossesse (*Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique,* Mars-Avril 1933, t. III, n° 10).

Maranon. — Fièvre typhoïde, lésions cardiaques et grossesse (*El siglo Medico,* 30 Mai 1936, page 554).

Marmey (Jean). — Deux observations de cardiopathies au cours de la grossesse (*Maroc Médical,* 15 Mai 1931, p. 164).

Monthon. — Indic. de l'évacuation utérine des acc. (*Thèse Paris,* 1926).

Marmeaux (a.). — Documents récents sur les cardiopathies au cours de la grossesse (*Semaine des Hôpitaux de Paris,* 31 Mai 1933).

Mutt (a.). — Las cardiopatias en sus relaciones con el estado puerperal (*Revista Medica di Malaga,* Nov. 1929, n° 62, p. 1810).

Mitchell. — Tachycardie paroxystique et grossesse (*The British Medical Journal,* n° 3771, 15 Avril 1933, p. 656).

Murat. — (*Thèse Lyon,* 1924).

Nacopoulo (Jean(. — Dissociation auriculo-ventriculaire et grossesse (*Thèse Paris,* 1932).

Nachtigal. — Influence des suites de couches dans le pronostic des cardiopathies (*Thèse Bordeaux,* 1932).

Pardee (Harold). — Experiences in the management of pregnancy complicated by heart disease (*The Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* n° 2, february 1929, p. 255).

— Treatment of cardiac failure during pregnancy (*Amer. Journ. of Obst. and Gyn.,* Saint-Louis, Juin 1922).

Portes et Powilewiez. — Accidents cardio-pulmonaires. Avortement thérapeutique (*Bull. de la Société d'Obstétrique et Gynécologie,* Paris, n° 7, 1923).

Pigeaud (h.). — Cardiopathies et grossesse (*Journ. Médic. et de Pharmacie Prat.*, tome CIV, 17e Cah., 10 Sept. 1933).

Pouliot. — Des accidents qui compliquent les maladies de cœur au cours de la grossesse (*Thèse Paris*, 1904).

Pithon. — Cardiopathies et grossesse (*Le Progrès Médic.*, n° 47, 25 Nov. 1933).

Peralta (Ramos). — Observaciones de algun interes practico en el dominio de las cardiopathas y estado puerperal (*Prensa Medic. Argent.*, 22, 1179, 1182, June 19, 1935).

Rayner. — Cardialgie dans la grossesse (*The British Medic Jour.* n° 3803, 25 Novembre 1933).

Remigio Vustos Moron. — Las cardiopatias en sus relaciones con el estado puerperal (*Prensa Medica Argentina*, n° 32, 20 el Abril 1929, p. 1381).

Robinson. — Heart disease in pregnancy (*British Medic Journ.*, 18 Janv. 1933).

Rowlette. — Heart and pregnancy and labor (*Dublin journ. of Medic Science*, Juin 1921).

Salarich (m. s.). — Indicacion de cesarea por cardiopatia descompensada (*Ars. Med. Barcelona*, II, 82-86, March 1935).

Sargueil. — De la tension chez les femmes enceintes (*Thèse Paris*, 1920).

Schaupp. — Décompensation du cœur pendant la grossesse (*California State J. Medic.*, Juillet 1923).

Schultz (w.). — Lésions cardiaques valvulaires et grossesse (*Rev. des Prog. Thérap.*, n° 9-10, Sept.-Oct. 1934).

— Défaillance cardiaque et grossesse (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, n° 43, 27 Octobre 1933).

Séjourne (j.). — Les accidents gravido-cardiaques (Œdème aigu du poumon). (*La Sage-Femme*, Décemb. 1931, n° 472).

— Les accidents gravido-cardiaques (Œdème aigu du poumon). (*Bull. de l'Hôpital St-Michel*, n° 3, Mai 1929, p. 129).

Smith (d. l.). — Heart disease complicating pregnancy ; diagnosis and treatment (*J. Indiana*, M. A., 27, 254-259, June 1934).

Stander. — Cardiac disease in pregnancy (*Am. J. Obst. et Gyn.*, 27, 528-536, April 1934).

Stander et Cadden. — Cardiac ontput in pregnant women (*Am. J. Obst. et Gyn.*, 24, 13-19 Juillet 1932).

Takao Hosaka. — On the effects of the extract of myoma of uterus upon the heart of frog (*Sei. T. Kwai Tokio*, 1922, XII, p. 416).

Terwilliger. — Subacute bacterial endocarditis in pregnancy (*Am. J. Obst. et Gyn.* 27, 248-252, Féb. 1934).

Tery. — Les troubles cardiaques au cours de l'évolution du fibrome (*Thèse de Paris*, n° 168, 1926).

Thomas. — Tachysystolie auriculaire et fibrilation auriculaire dans la grossesse (*J. A. M. A.*, 30 Avril 1921).

Trinati. — Œdème pulmonaire aigu pendant le travail (*Semana Médica*, 13 Mai 1920).

Vacher (M^lle). — De l'endocardite puerpérale (*Thèse de Paris*, 1924).

Voron, Michon et Pigeaud. — Asystolie irréductible chez une femme enceinte de trois mois : discussion des indications d'une interruption de grossesse (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 23, 67-68, Janvier 1934).

Weiss. — Sur l'hyperfonctionnement du cœur pendant la grossesse (*Kein. Woch. Berlin*, 15 Janv. 1924).

Vinay. — Nature inflammatoire de l'œdème aigu du poumon dans les cardiopathies de la grossesse (*Lyon Médical*, 1896, p. 289).

Yver (n.). — Contribution à l'étude des embolies post-partum (*Thèse de Paris*, 1922).

Zinsstag. — Gravidanza eptenosi mitralica (*La Clinica Obst.*, n° 8, Agosto 1929, p. 449).

TABLE DES MATIÈRES

HISTORIQUE 9

CHAPITRE PREMIER. — Introduction 13

CHAPITRE II. — Les accidents légers 17

Observation I 17

Observation II 18

Observation III 18

Observation IV 19

Observation V 19

Observation VI 20

CHAPITRE III. — Les accidents sévères 21

Observation VII 21

Observation VIII 22

Observation IX 22

Observation X 23

Observation XI 24

Observation XII 24

Observation XIII 25

Observation XIV 26

Observation XV 27

Observation XVI 28

CHAPITRE IV. — Les accidents mortels 33

Observation XVII 33

Observation XVIII 35

Observation XIX 35

Observation XX 37

Observation XXI 38

Observation XXII 40

CHAPITRE V. — Pathogénie 43

CHAPITRE VI. — Traitement 49

CONCLUSIONS 51

BIBLIOGRAPHIE 53

PECHADE
IMPRIMEUR
20, RUE MARGAUX
BORDEAUX